

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

233

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. SIMERAY, CLAUDE

Né à Salins (Jura), le 15 décembre 1886.

DE LA FORME FRUSTE
DE LA COXALGIE

Président : PAUL SEGOND, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2. RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

233

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

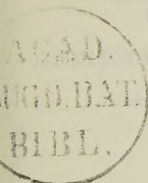
PAR

M. SIMERAY, CLAUDE

Né à Salins (Jura), le 15 décembre 1886.

DE LA FORME FRUSTE

DE LA COXALGIE



Président : PAUL SEGOND, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. LANDOUZY.

Doyen.....

MM.

Professeurs.....

Anatomie..	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	WIDAL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHAUFFARD
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GILBERT.
Clinique des maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....	N..
	QUENU.
Clinique chirurgicale.....	RECLUS.
	SEGOND.
	DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.....	BAR.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGRE.	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LERI.	REITTERER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres, à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS

Témoignage d'infinie reconnaissance.

A MES FRÈRES

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur SEGOND

*Pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant
la présidence de ma thèse.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Nous tenons à remercier du concours qu'ils nous ont prêté dans l'élaboration de cette thèse, M. le Docteur Broca, qui, après avoir été pour nous un maître attaché et dévoué, nous en inspira le sujet, et M. Trèves, son interne, qui nous en apporta les matériaux et fut toujours des plus empressés à nous donner les renseignements nécessaires.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

DE LA COXALGIE EN GÉNÉRAL, DE LA FORME FRUSTE EN PARTICULIER

Dans sa forme ordinaire, la coxalgie ou tuberculose de la hanche commence d'une façon insidieuse et lente.

Le malade, le plus souvent un enfant, accuse d'abord une certaine paresse à la marche : tout petit, il demandera plus fréquemment qu'on le porte sur les bras, plus grand, il n'aura plus l'entrain habituel aux jeux de ses camarades et se tiendra volontiers à l'écart.

Puis la claudication fera son apparition, d'abord intermittente, ne survenant qu'après une fatigue et ne consistant qu'en une démarche un peu anormale, puis continue : le sujet tire toujours la jambe en marchant et a même un léger dandinement. A la suite de cette claudication, ou quelquefois la précédant, survient une douleur localisée à la hanche ou même au genou de préférence, vague et peu intense dans les débuts, mais devenant bientôt plus aiguë jusqu'à arracher des cris au patient et à lui rendre la marche de plus en plus pénible et même impossible. Cette évolution a eu une durée très variable d'ordinaire de quatre à six mois, mais pouvant fort bien varier aussi de quelques semaines à un an ou deux. C'est le plus souvent à la période de claudication confir-

mée avec douleurs plus ou moins vives que le malade est amené à la consultation. On met en évidence la claudication, en faisant marcher l'enfant sur un parquet sonore, de préférence. Les deux pas successifs ont une inégale durée : le pied du côté malade se pose plus doucement et moins longtemps, il est plus vite relevé ; celui du côté sain s'appuie plus franchement, avec une sorte de précipitation, il reste plus longtemps posé. Cette inégalité du rythme des deux pas plus sensible à l'oreille qu'à la vue a reçu le nom de « signe du maquignon ». Debout, au repos, l'enfant s'arrêtera de préférence sur son membre sain, en fléchissant le membre malade : il prendra la position « hanchée ». On notera, en même temps, par comparaison avec l'autre côté, une diminution de grosseur de la cuisse malade, de même un aplatissement de la fesse correspondante, un effacement et un abaissement du pli fessier. Cette atrophie est beaucoup plus sensible à la palpation des masses musculaires du quadriceps et des fessiers : du côté malade elles n'ont plus leur volume, ni leur dureté habituels, mais paraissent molles ; elles ne réagissent plus au pincement par une contraction forte ; elles sont devenues hypotoniques. Plissés entre deux doigts, les téguments de la région sont plus épais du côté malade et paraissent infiltrés. La main déprimant profondément la paroi abdominale sentira dans la fosse iliaque des ganglions gros, durs, hypertrophiés, en nombre d'ordinaire assez restreint et du volume d'une noisette à une petite noix ; en appuyant un peu fort au niveau de l'articulation coxo-fémorale, à peine en dehors des vaisseaux fémoraux, on déterminera de la douleur, de même en pressant, la cuisse

en flexion, sur la tête fémorale à travers les muscles fessiers, ou en percutant sur le grand trochanter ou sur le genou dans la direction de la hanche. Le sujet couché sur le dos, on notera un défaut de parallélisme entre les deux membres : tandis que le membre sain s'allongera complètement sur la table, le membre malade restera dans une extension incomplète, en légère abduction et rotation externe dans la majorité des cas, en adduction et rotation interne, plus rarement. Si l'on essaie de réduire cette attitude vicieuse, l'articulation de la hanche s'immobilisera et le mouvement provoqué se passera dans les articulations sacro-coxales ou vertébrales, amenant de l'ensellure ou de la scoliose lombaires, ou une torsion du bassin. Ce qui est la démonstration d'une certaine raideur de la hanche, qu'on recherchera encore en faisant exécuter au membre malade d'une main, l'autre fixant solidement le bassin, les divers mouvements de flexion, abduction ou adduction, rotation externe, rotation interne et d'extension. On les trouvera très diminués dans leur amplitude : la flexion ne pourra être poussée le plus souvent plus loin que l'angle droit ; dès que l'on essaiera d'écarter quelque peu le membre de l'axe du corps, on sentira se contracter la corde des adducteurs limitant l'abduction. De même la rotation externe et l'hyperextension (cette dernière que l'on cherchera, le malade couché sur le ventre, en soulevant par comparaison l'un et l'autre pied au-dessus du plan de la table, une main appuyant sur la fesse correspondante). Du côté des autres mouvements, la limitation sera généralement moins accentuée. Parfois, aucun mouvement n'est possible, l'articulation est dans un état

d'ankylose absolue. En voulant forcer la mobilisation, on détermine de la douleur.

Tel est le tableau d'une coxalgie au début à forme normale, se caractérisant donc essentiellement par une claudication douloureuse avec marche plus ou moins possible, des attitudes vicieuses, des contractures et limitation prononcée des mouvements, de l'atrophie musculaire et des adénopathies iliaque et inguinale.

Dans la suite, ces symptômes s'aggravent. L'impotence fonctionnelle devient complète, le malade est cloué au lit ; des abcès intra ou extra-articulaires, une luxation de la tête fémorale hors la cavité cotyloïde peuvent faire leur apparition.

Mais à côté de cette coxalgie à marche normale, ordinaire, viennent se ranger d'une part une forme à début plus brusque, plus bruyant rappelant celui des arthrites infectieuses aiguës, et d'autre part une forme où les symptômes sont tellement atténués, restent si longtemps seulement ébauchés que le patient n'en éprouve qu'une simple gêne, n'étant pas arrêté dans ses occupations, et que le chirurgien, faute de signes nets, ne peut poser un diagnostic précis et reste dans une indécision parfois fort longue qui ne prend fin que lorsqu'un jour l'examen radiographique montre des lésions non douteuses de la hanche, ou par une subite aggravation des symptômes. C'est cette forme fruste de la coxalgie, parfois si difficile à diagnostiquer, que nous désirons étudier dans ce travail.

HISTORIQUE

Jusqu'en 1837, le chapitre confus de la coxalgie comprenait toutes les affections douloureuses ou inflammatoires de la hanche, quelle que soit leur nature. A cette époque, Brodie en sépara d'abord la coxalgie hystérique, puis on fit la part du rhumastime chronique, de la goutte, de la syphilis, des troubles trophiques du tabès, puis des arthrites infectieuses et de l'ostéomyélite. Bonnet, vers 1842, en donne une très bonne description clinique, mais n'admet pas de coxalgie sans attitude vicieuse. Gibert, dans sa thèse de Paris (1859), trouve la proposition de Bonnet un peu exagérée et cite trois observations se rapportant à des coxalgies ayant évolué sans attitude vicieuse. L'une surtout représente un cas type de coxalgie fruste chez un enfant de dix ans : une simple claudication pendant plus de six mois sans aucune douleur, ni attitude vicieuse, une légère douleur provoquée à la pression de la tête fémorale et un abaissement du pli fessier caractérisaient toute la maladie. En face de ces symptômes, Marjolin n'accepta pas le diagnostic de coxalgie, et voulut y voir une synovite séreuse à marche lente, mais après deux rechutes successives, l'enfant fut emporté par une « suppuration qui se forma autour de l'articulation. »

Après la démonstration anatomique et bactériologique

de l'origine tuberculeuse de l'affection, en 1873 et dans la suite, Lannelongue, dans ses Cliniques, donne une description de la forme fruste de la coxalgie sans toutefois l'appuyer d'observations.

Mais il faut arriver à l'avènement de la radiographie et son application dans les tuberculoses ostéo-articulaires pour voir naître un peu partout des observations de cette forme de coxalgie, le diagnostic alors basé ou confirmé sur ou par la preuve des lésions osseuses.

ETUDE CLINIQUE

Cette forme fruste de la coxalgie est loin d'être commune. Les cas mentionnés dans la littérature médicale sont peu nombreux. Les annales de Berck n'en mentionnent aucun exemple ; il est vrai que les malades y arrivent toujours à une période avancée de leur maladie : à peine un dixième y arrive à la première période.

D'autre part, en compulsant les dossiers de plus de deux cents coxalgiques du service du Dr Broca, à l'Hôpital des Enfants-Malades, il ne nous a été possible d'en découvrir que deux cas. C'est dire que sans être exceptionnelle, la variété fruste de coxalgie est rare. Chez l'adulte, au-dessus de 20 ans, ou le vieillard, la tuberculose osseuse évolue généralement avec une grande lenteur. Il semblerait donc que ces cas fussent plus nombreux chez eux que chez l'enfant. Mais, si l'enfant localise sa tuberculose ostéo-articulaire de préférence à la hanche (dans les $\frac{2}{5}$ des cas), l'adulte, au contraire, la localise de préférence au pied ou à toute autre articulation, si bien que la coxalgie chez lui est une rareté et la statistique indique une fréquence de $\frac{1}{30}$ par rapport à l'ensemble des arthrites tuberculeuses (statistique de Moret, à la maison de Nanterre). Aussi, il nous a été impossible chez lui, de trouver un seul exemple des cas

qui nous occupent. Toutes nos observations sont relatives à l'enfant.

En 1902, Kœnig (cité par Kirmisson) attire l'attention sur cette forme fruste et en donne deux observations.

« L'une (Obs. I) est celle d'une fillette de 6 ans, malade depuis trois mois. A l'examen, on ne trouve presque rien, en dehors d'une légère sensibilité à la pression sur la région antérieure de la hanche. Pas de gonflement, pas de contracture, tous les mouvements passifs peuvent être imprimés à la jointure. Couchée, l'enfant pouvait exécuter tous les mouvements actifs. Par contre, la radiographie montre des foyers tuberculeux de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale, à la hauteur du petit trochanter. »

« Le second cas (Obs. II) est celui d'un petit garçon qui, depuis un an, se plaint de douleurs à la hanche droite. C'est à peine si l'on note à l'inspection une légère différence de longueur des deux membres inférieurs. La flexion est diminuée de quelques degrés, mais tous les autres mouvements s'exécutent facilement. L'examen radiographique décèle de son côté une infiltration de la partie postérieure et supérieure de la cavité cotyloïde avec destruction du rebord cotyloïdien. »

M. Kirmisson, un peu plus tard, rapportait deux exemples analogues. L'un fit le sujet d'une de ses Cliniques en 1904 (Obs. III).

« C'est un garçon de 11 ans, dit-il, dont les antécédents sont entachés de tuberculose. Quand la mère l'amène à l'hôpital Trousseau, il boitait depuis an. L'examen ne montre que très peu de signes. Aucune attitude vicieuse, aucun raccourcissement. La flexion et la rotation sont faciles, l'abduction seule est un peu limitée. On conseille à la mère de maintenir l'enfant au repos absolu pendant une quinzaine de jours et de revenir. Par suite de la mort de la mère, l'enfant ne reparait à la consultation (aux Enfants-Malades) que six mois après : pendant ce long espace de

temps, l'enfant, d'après ses dires, aurait été traité par du massage et de la mobilisation de la hanche malade (mais néanmoins aucunement douloureuse). Un nouvel examen ne révèle pas plus qu'au début de déviation, d'attitude vicieuse ou de raccourcissement. Les mouvements provoqués sont encore très faciles, sauf manifestement l'abduction extrême ; de plus, quelques ganglions dans le triangle de Scarpa. La marche n'est pas douloureuse, mais se fait avec une claudication toute spéciale, ressemblant plutôt à celle de la luxation congénitale. A côté de cette symptomatologie d'allure bénigne, la radiographie montre la disparition presque complète de la tête fémorale. »

Tout récemment, à l'Académie de Médecine (séance du 12 juillet 1910), le même auteur communiquait un cas semblable (Obs. IV).

« A la fin de l'année dernière, rapporte-t-il, je voyais un garçon de 14 ans, entré le 22 novembre 1909, dans mon service. Depuis le mois de mars de la même année, c'est-à-dire depuis près de neuf mois, il se plaint du genou gauche et boite légèrement sans avoir subi aucun traumatisme. Il était soumis à l'observation d'un chirurgien compétent qui, de mois en mois, l'auscultait pour arriver à poser un diagnostic ferme. Le malade continuait à marcher en souffrant toujours un peu du genou.

Quand ce jeune homme se présente à notre examen, nous notons une atrophie musculaire évidente du côté gauche.

Le membre est dans l'extension complète avec une abduction légère associée à la rotation en dehors. Il existe une limitation légère des mouvements d'abduction, et pendant la flexion complète un peu de douleur dans la hanche. Les deux membres ont exactement la même longueur. Je le répète, le malade n'a jamais cessé de marcher, son état général est florissant.

Dans ces conditions, on hésiterait à porter le diagnostic de coxalgie. Et cependant, la radiographie montre chez ce jeune homme des lésions manifestes du cotyle et de la tête fémorale. »

De notre côté, nous avons pu réunir dans le service du D^r Broca, aux Enfants-Malades, deux observations analogues toutes les deux recueillies par M. Trèves, interne du service (Obs. V).

L'enfant âgé de 6 ans, issu de parents toujours bien portants, frère de trois garçons robustes, mais faible et chétif depuis sa naissance, est soigné depuis trois mois dans le service successivement pour une gomme tuberculeuse de l'extrémité inférieure de la cuisse droite et une adénopathie cervicale suppurées. Ces deux abcès ont guéri à la suite de 3 ou 4 ponctions suivies ou non d'injections d'éther iodoformé.

Le 5 août 1908, le D^r Broca, en l'examinant, remarque par hasard que l'enfant se tient mal, qu'il boite de la jambe droite. Après examen de sa colonne vertébrale et de la hanche droite dont les mouvements paraissent normaux, il trouve un abcès profond de la partie externe du triangle de Scarpa, à droite : la ponction en retire un liquide séreux, abondant, riche en grumeaux. On défend à l'enfant de marcher, et après six ponctions avec injections d'éther iodoformé, son abcès, vraisemblablement d'origine articulaire, est guéri. On revoit l'enfant trois mois après : l'état général est excellent, il ne boite absolument plus.

Il part à Bereck et après dix mois de séjour au bord de la mer, revient guéri fonctionnellement. Mais cette amélioration est de courte durée et en juin 1910, presque deux ans après ses premiers accidents du côté de la hanche, il revient consulter parce que, de nouveau, depuis deux mois, il s'est remis à boiter. On constate, en effet, du côté droit une légère claudication. A la place de l'abcès ponctionné antérieurement à la région crurale, on sent une tumeur large, rénitente mais non fluctuante. L'atrophie musculaire est sensible pour le quadriceps fémoral, mais beaucoup plus importante pour les muscles fessiers qui sont hypotoniques. Dans les deux fosses iliaques, on sent des ganglions hypertrophiés : ils semblent cependant plus volumineux à droite. Couché sur le dos, l'enfant a les deux membres inférieurs en extension complète. Le membre droit se tient dans une légère abduction d'une dizaine de



Radiographie du malade de l'observation V. G. Steiner, élève.

degrés, ne donnant qu'un centimètre d'allongement pratique, et à peine tourné en dehors. Les pressions les plus fortes exécutées soit directement sur l'articulation, soit indirectement par percussion du talon ou du grand trochanter ne peuvent déterminer la moindre douleur. Le grand trochanter paraît hypertrophié du fait de l'épaississement du tissu sous-cutané de toute la région. Saisissant la jambe droite, on est frappé de la facilité avec laquelle on exécute à peu près tous les mouvements de l'articulation coxo-fémorale : la flexion est à peu près complète, le membre n'est arrêté que faisant un angle de 45° avec la paroi abdominale, l'abduction est égale pour les deux cuisses, la rotation externe s'effectue presque à fond ; seules la rotation en dedans et l'hyper-extension sont manifestement limitées. Aussi quelle surprise quand à côté de symptômes aussi légers, la radiographie montre une tête fémorale hypertrophiée, aplatie et large de plus de $1/2$ centimètre que de l'autre côté ; le cartilage de conjugaison a disparu en partie ; le contour du plafond cotyloïdien paraît extrêmement irrégulier et comme dentelé. L'interligne articulaire est irrégulièrement clair et élargi en sa partie moyenne, comme étranglé, au contraire, au niveau du sourcil cotyloïdien. La tête est légèrement remontée. Ce sont là des signes évidents de lésions importantes dans l'épiphyse fémorale, le plafond de la cavité cotyloïde et la synoviale.

L'enfant n'est revu que six mois après, en décembre 1910. L'état général est excellent. La marche peut se faire absolument sans douleur, et avec une légère claudication. L'état de l'articulation malade est à peu près le même qu'en juin dernier, toujours la même attitude vicieuse insignifiante. Il n'y a que le mouvement de flexion qui soit légèrement plus limité : tous les autres n'ont pas varié. A noter que les ganglions iliaques ont presque entièrement disparu, mais qu'à leur place est apparue une pléiade ganglionnaire inguinale.

C'est dans cet état fonctionnel presque intact que l'enfant est reparti pour Berk. Depuis, il a été perdu de vue. . .

Obs. VI. : C'est une petite fille de deux ans et demi. Aucun antécédent tuberculeux ni dans la famille, ni dans son histoire patho-

logique se résumant du reste en une légère atteinte de rachitisme.

Il y a quatre mois, l'enfant a commencé à boiter. Sur l'avis d'un médecin, on lui fait prendre quelques bains salés, après lesquels l'enfant marche bien. Au bout de peu de temps nouvelle claudication qui décide les parents à venir à la consultation des Enfants-Malades, le 11 février dernier.

La fillette boite légèrement du côté droit ; au repos, elle prend immédiatement la position hanchée sur la jambe gauche. La palpation dénote une atrophie et une hypotonie manifestes du quadriceps et des muscles fessiers droits, quelques ganglions inguinaux et iliaques du même côté, et pratiquée un peu vigoureusement détermine une douleur assez vive au niveau du grand trochanter avec irradiations dans le genou. On ne constate pas la moindre trace d'attitude vicieuse ; les deux membres sont dans un parallélisme complet avec l'axe du corps. Les mouvements se font très facilement et complètement, sauf un peu de limitation à peine notable de l'hyperextension, la flexion amenant facilement la cuisse au contact de la paroi abdominale.

Ce sont là des symptômes bien légers et cependant la radiographie montre des lésions très nettes : la partie supérieure du cotyle est un peu aplatie et irrégulière. La tête fémorale, très claire, a des contours peu nets et mal dessinés. Le col présente quelques irrégularités. Pas d'élargissement appréciable de l'espace articulaire.

En somme, toutes ces observations nous présentent des coxalgies, n'ayant déterminé pendant longtemps (respectivement trois mois, un an, neuf mois, deux ans, quatre mois), qu'une gêne presque insensible de la marche, gêne dont les petits malades ne se plaignaient même pas et qui ne faisait qu'alarmer les parents par sa persistance.

A l'examen, on ne trouve le plus souvent aucune douleur au niveau de l'articulation de la hanche. Pas

trace d'attitude vicieuse (Obs. I, III, VI) ou une abduction à peu près insignifiante avec un peu de rotation externe (Obs. II, IV, V). Parallèlement à elle, parce que dépendant du même facteur commun la contracture musculaire, les mouvements provoqués s'exécutent presque tous avec la plus grande facilité et entièrement. A noter seulement un peu de limitation soit pour la flexion, soit pour l'abduction ou l'hyperextension. Encore n'est-on arrêté que tout à la fin du mouvement. La recherche des autres signes : adénite iliaque, atrophie et hypotonie musculaires des fessiers et du quadriceps, infiltration du tissu sous-cutané amenant un élargissement trompeur du grand trochanter, n'est mentionnée que dans les deux dernières observations. Ces signes sont les plus précoces et les plus constants de la coxalgie. Il est à peu près certain qu'ils existaient au grand complet dans tous les autres cas. Ils sont, du reste, les seuls nettement caractérisés et, malgré leur grande valeur symptomatique, sont un peu faibles pour imposer le diagnostic. Tous les autres ne sont qu'esquissés quand ils ne sont pas absents.

Aussi, c'est à la radiographie que dans tous ces cas, on a demandé la confirmation d'un diagnostic encore incertain.

Celle-ci a toujours été du plus grand secours, montrant constamment des lésions très nettes de la tête fémorale ou du cotyle : soit une simple infiltration tuberculeuse déjà notablement avancée, soit même une destruction presque complète de la tête fémorale et usure profonde du cotyle.

Comment expliquer cette discordance entre l'état des lésions et leur infime répercussion sur l'article et le

fonctionnement du membre ? Est-ce par le siège ou la nature des lésions ?

Dans une seule observation (obs. I), le siège presque extra-articulaire de l'infiltration tuberculeuse (au niveau du petit trochanter) peut être invoqué comme cause du peu de dolence de l'affection et de son faible retentissement articulaire. Mais il n'en est pas de même dans les autres cas : le follicule tuberculeux a, en effet, envahi les cartilages articulaires qu'il a détruits et la synoviale (élargissement de l'espace articulaire). A-t-on affaire à des lésions tout à fait torpides par elles-mêmes et à accroissement trop lent pour déterminer une réaction suffisante autour d'elles ? Il n'y paraît pas plus, car l'étendue des lésions, en un temps relativement court pour de la tuberculose osseuse, semble indiquer, au contraire, un processus morbide assez actif. Le terrain dans lequel évoluent ces coxalgies est indifféremment vierge ou entaché de tuberculose.

De sorte que la marche de ces coxalgies frustes nous paraît difficilement explicable.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

La marche de cette coxalgie fruste est tout à fait favorablement et immédiatement bien influencée par le repos complet et suivi de l'articulation. La guérison s'obtient souvent sans aucune ankylose, avec intégrité fonctionnelle complète du membre, bien que la période active de la maladie ne soit pas inférieure à 2 années. Mais étant données l'indécision du chirurgien à poser un diagnostic ferme, et aussi l'impatience de la famille qui ne laissera pas pendant de longues années dans un appareil un enfant lui paraissant peu malade, l'affection peu ou mal traitée suit son évolution progressive, sans donner lieu fonctionnellement à des symptômes plus sérieux, jusqu'au jour où une luxation de la tête fémorale, complètement détruite, par dessus un rebord cotyloïdien éculé et affaîssé, crée une complication alors incurable et une infirmité sérieuse.

Dans d'autres cas, un traumatisme, une maladie infectieuse (M. Kirmisson en cite un exemple) donne à la maladie un coup de fouet qui prend alors la marche subaiguë de la coxalgie ordinaire avec douleurs vives, attitudes vicieuses, contractures, abcès.

DIAGNOSTIC

S'il est facile de poser le diagnostic d'une coxalgie normale arrivée à la période des attitudes vicieuses, avec tout son cortège symptomatique, il n'en est pas de même pour la forme fruste que nous étudions. D'une part, il ne faut pas laisser passer tout malade se présentant avec des troubles, si légers soient-ils, de la hanche, et le renvoyer, la conscience tranquille, avec la banale étiquette de « douleurs de croissance » ou de « douleurs rhumatismales ». D'autre part, il ne faut pas non plus, hanté par le spectre de la coxalgie, la voir derrière toute claudication avec réaction articulaire plus ou moins nette.

Dans le premier cas, on laisse progresser une maladie pour laquelle chaque jour ajoute un peu plus de gravité, et enlève au patient des chances de guérison dans les meilleures conditions. Dans le deuxième, on risque de condamner un enfant à un repos de deux ou trois ans, en appareil plâtré, de bouleverser sa vie scolaire, d'imposer une rude charge supplémentaire à la famille et tout cela pour une coxalgie qui n'a jamais existé. Bienheureux quand on n'aura pas encore, comme certains spécialistes tendent à le faire admettre, pratiqué dans l'articulation des injections précoces modificatrices, cause possible alors d'une certaine ankylose chirurgicale.

Pour éviter ces deux écueils, il est indispensable, tout en pensant toujours à la coxalgie chez tout enfant ou adolescent se plaignant de la hanche ou du genou, de ne poser un diagnostic ferme qu'après avoir fait un examen approfondi, souvent répété de l'enfant et éliminé toutes les causes d'erreur. Nombreuses, en effet, sont les affections qui peuvent prendre le masque de cette coxalgie fruste et s'accompagner comme elle de cette légère claudication et d'une limitation de certains mouvements avec ou sans douleur, attitude vicieuse, atrophie musculaire, adénopathie inguino-iliaque qui en constituent toute la symptomatologie.

Nous éliminerons immédiatement la luxation congénitale dont la claudication est par trop caractéristique et différente de celle de la coxalgie, la coxalgie hystérique qui, tout à l'inverse de la nôtre, s'accompagne d'un cortège douloureux et fonctionnel très bruyant, mais jamais d'atrophie musculaire, ni d'adénopathie et la sciatique avec ses troubles de la marche, mais aussi avec la qualité et la topographie bien spéciales de sa douleur.

La claudication de la paralysie infantile, surtout, celle du rachitisme, beaucoup moins, peuvent simuler celle de la coxalgie. Mais tous les mouvements sont absolument libres, alors que toute coxalgie, si légère soit-elle, s'accompagne toujours d'une certaine limitation plus ou moins grande d'un ou plusieurs mouvements.

Il est encore d'autres affections juxta coxo-articulaires qui, cliniquement, se rapprochent encore plus de la coxalgie fruste et dont le diagnostic différentiel est parfois même assez délicat.

La sacro-coxalgie peut produire une claudication en tout semblable à celle de la coxalgie. Si l'on manie la cuisse sans attention ou avec quelque rudesse, on observe une raideur très marquée de la hanche, raideur qui disparaît dès que l'on maintient solidement le bassin. On peut parfois trouver des ganglions dans la fosse iliaque correspondante, mais on ne note pas d'atrophie musculaire. De plus, ce qui fixe le diagnostic, c'est la douleur localisée au voisinage des articulations sacro-iliaques et réveillée par la percussion des crêtes iliaques.

Le mal de Pott, avant toute gibbosité et tout abcès, a prêté maintes fois à des erreurs de diagnostic et de la part de cliniciens éminents. A cause d'une contracture inflammatoire du psoas, le membre en attitude vicieuse, flexion et rotation externe, ne donne pas au pas pendant la marche la même amplitude du côté malade que du côté sain. De là une claudication semblable un peu à celle de la coxalgie. Avec cela, une limitation importante surtout des mouvements d'extension, d'abduction et de rotation interne que l'on ne peut que rapporter à une affection de la hanche, si le malade n'attire lui-même l'attention du chirurgien sur le véritable siège du mal, ou si l'on n'a pas la curiosité d'explorer la colonne vertébrale.

Des tumeurs de la fosse iliaque et du bassin (fibrome, sarcome, adénite volumineuse) ont pu créer aussi de toutes pièces une pseudo-coxalgie et par la claudication associée à des attitudes vicieuses, de la douleur et de la raideur de la hanche donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Grenier en cite plusieurs cas dans sa thèse de Paris (1884).

Une ostéite tuberculeuse juxta articulaire du pubis ou du grand trochanter donnera aussi tout l'ensemble symptomatique d'une coxalgie fruste, mais se caractérisera par ses points douloureux, soit sur le pubis, soit sur le grand trochanter. La radiographie, en montrant l'intégrité de l'articulation et des lésions sur les os environnants, sera souvent ici d'un précieux secours.

Il est surtout une affection à laquelle on ne doit pas oublier de penser, principalement chez les enfants ayant atteint la puberté, c'est la coxa-vara. Elle évolue sourdement comme la coxalgie fruste, avec absence à peu près complète de douleurs. L'enfant boite un peu, présente une légère abduction et rotation externe de l'un des membres inférieurs. La flexion s'effectue complètement, mais l'abduction ne peut être poussée à fond, de même la rotation interne. Bien que l'atrophie musculaire et l'adénopathie iliaque fassent généralement défaut, ce n'est encore que la radiographie qui puisse apporter un élément certain de diagnostic. Il ne faudra cependant pas omettre d'examiner avec soin sur le cliché l'état de l'articulation, car il n'est pas rare de voir évoluer ensemble la coxalgie et la coxa-vara. D'autre part, le sujet présentera souvent d'autres stigmates de rachitisme tardif : pied plat, *genu valgum*, scoliose.

Enfin, comme raretés, signalons des psôitis d'origine appendiculaire, ayant évolué avec les symptômes de contracture du psoas et, comme les maux de Pott dont il est parlé plus haut, traitées comme des coxalgies ; des kystes hydatiques de l'os iliaque ayant fait irruption dans l'articulation coxo-fémorale et ne pouvant être différenciés de la tuberculose que par la ponction donnant

issue à un liquide « eau de roche » avec des crochets et des têtes de toenias échinocoques.

Notons encore une pseudo-coxalgie n'ayant que la claudication pour tout symptôme, et dûe à une différence de longueur des deux membres inférieurs.

Ayant éliminé rapidement toutes ces affections d'origine extra-articulaire, nous aurons la conviction que l'ensemble des symptômes que nous avons sous les yeux est la traduction clinique d'un processus irritatif siégeant au niveau de l'articulation. Devons-nous alors en conclure qu'il s'agit d'une coxalgie lente ? Non, car la tuberculose n'est pas la seule infection qui puisse, en se localisant sur l'articulation coxo-fémorale, donner lieu à une arthrite à allure légère, chronique ou très subaiguë. Le gonocoque peut être l'auteur de troubles articulaires siégeant à la hanche, un peu douloureuse le matin, au réveil principalement, troubles n'empêchant pas la marche, mais occasionnant de la claudication et une certaine contracture musculaire. Calvé cite ainsi l'observation d'une petite fille immobilisée dans le plâtre pour coxalgie et qu'il guérit en 15 jours par le repos au lit et quelques injections vaginales de permanganate.

A la suite de la rougeole et de la scarlatine, parfois assez tardivement après guérison complète, on peut voir survenir des poussées ostéo-articulaires qui ne se terminent pas toujours par suppuration, mais peuvent affecter une forme chronique.

Ces troubles que l'on a mal nommés « douleurs de croissance », voulant leur attribuer une origine physiologique, ne sont que le résultat d'une infection locale, au niveau de la tête du fémur, par exemple, infection plus ou moins

atténuée, capable de ne déterminer tout aussi bien une simple arthralgie qu'une véritable ostéomyélite aiguë. Dans les cas à allure bénigne, l'affection évolue le plus souvent sans fièvre pendant 10 à 13 jours d'ordinaire, parfois traîne des semaines et même des mois. Elle se caractérise seulement par un peu de douleur à la hanche (et souvent, ce qui est important, en d'autres points du squelette), une légère claudication, parfois des attitudes vicieuses avec raideur plus ou moins prononcée de l'articulation coxo-fémorale. Fréquemment des ganglions iliaques, un peu sensibles à la pression, il est vrai, viennent compléter le tableau d'une véritable coxalgie, surtout quand au bout de quelque temps a pu s'y joindre un peu d'atrophie musculaire.

Le Dr Calvé, de Berk, a décrit tout récemment (juillet 1910) une arthrite peu connue, d'origine dystrophique, présentant cliniquement tous les signes d'une coxalgie plutôt fruste, même avec engorgement ganglionnaire, mais se caractérisant à la radiographie par des lésions toutes spéciales : coxa vara, hypertrophie de la tête fémorale, atrophie du noyau de cette tête, mais aucune destruction osseuse. La guérison s'établit au bout de quelques mois sans traces d'ankylose.

L'arthrite sèche de la hanche, fréquente chez le vieillard, signalée aussi chez l'enfant, s'accompagne d'une certaine claudication et surtout de douleurs souvent assez vives, à caractère plutôt névralgique et que la marche généralement n'aggrave pas. Comme pour la forme fruste de la coxalgie, peu de gêne fonctionnelle et une légère limitation des mouvements. Mais à la palpation, la tête fémorale paraît hypertrophiée et la main perçoit des

craquements pendant les mouvements provoqués. Cependant chez l'enfant, où cette affection est rare, le diagnostic ne s'affirme guère que par la radiographie : elle montre alors sur une tête fémorale considérablement élargie des ecchondroses et des exostoses multiples.

Enfin, chez des tuberculeux, on peut remarquer au niveau d'une ou plusieurs articulations et, en particulier, au niveau de la hanche, des symptômes douloureux plus ou moins légers, parfois assez persistants, bien que variables comme intensité et comme siège, et s'accompagnant d'une réaction articulaire modérée avec claudication et limitation des mouvements. Ces douleurs ne sont absolument pas symptomatiques d'une tuberculose de la hanche, mais rentrent dans le cadre des rhumatismes tuberculeux de Poncet, c'est-à-dire de ces arthralgies ou arthrites produites par les toxines sécrétées par le bacille de Koch en un point quelconque de l'organisme et déversées dans le torrent circulatoire, sans participation directe de ce bacille et par conséquent sans formation de follicules tuberculeux ou de noyaux caséeux.

Comme on le voit, ces infections torpides de nature bien souvent indéterminée ont avec la tuberculose de la hanche une symptomatologie commune. Il n'y a qu'un signe qui ait ici une grande valeur différentielle, c'est l'adénopathie iliaque avec tous ses caractères : de multiplicité souvent, de grosseur variable pouvant atteindre celle d'une noix et surtout d'indolence absolue à la pression. C'est elle en quelque sorte qui donne la signature de l'infection tuberculeuse. Mais elle n'existe pas toujours très nettement : ou bien elle est trop peu importante pour être facilement perceptible, ou bien à côté de ceux

de la fosse iliaque, on trouve des ganglions un peu partout : dans l'autre fosse iliaque, dans les aines, dans les aisselles et suffisamment pour enlever à ce signe toute valeur localisatrice.

On a pensé à un moment que la radiographie devait servir de critérium pour le diagnostic de la coxalgie dès ses débuts. On lit dans la thèse de Brizolier (Bordeaux, 1909), résumant alors l'opinion de quelques auteurs : Redard, Nové-Josserand, Delanglade... « Si à la période précoxalgique, les signes cliniques sont insuffisants pour le diagnostic de coxalgie, l'examen radiographique fait cesser toute équivoque. Les lésions que crée le bacille de Koch sur l'articulation de la hanche sont appréciables dès le début, à un moment où les autres signes peuvent manquer ou induire en erreur ». Mais malheureusement, en réalité, ce jugement est excessif. Certainement la radiographie peut apporter les éléments certains d'un diagnostic positif grâce à la présence sur l'épreuve, soit d'un simple déplacement en dehors de la tête fémorale, avec augmentation par conséquent de largeur de l'espace articulaire, et son pincement au niveau du sourcil cotyloïdien, soit de taches claires, estompées localisées en un point du squelette de la hanche, soit d'irrégularités des surfaces articulaires légèrement floues, soit enfin d'une clarté plus grande de toute la diaphyse du côté malade. Mais dans de nombreux cas de coxalgies au début, moyennant un examen fait suivant toutes les précautions et les règles nécessaires, la radiographie n'apporte aucun document nouveau : les symptômes cliniques ont précédé les renseignements donnés par la radiographie (Broca, Ménard, Sourdat).

Ainsi donc souvent, il sera impossible de poser un diagnostic étiologique certain. Il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse d'une tuberculose de la hanche, mais rien n'en apporte la preuve et le mot de coxalgie ne doit être prononcé devant la famille effrayée qu'en toute certitude de cause. Il n'y a que l'évolution de l'affection qui puisse trancher la question. On laissera donc repartir le malade et on lui conseillera l'immobilisation complète pendant une quinzaine de jours, période après laquelle on procédera à un nouvel examen. Les symptômes auront pu se transformer et donner la clef du diagnostic. Si non, ne pas s'impatienter. Procéder à une nouvelle immobilisation et un troisième examen, puis un quatrième, un cinquième s'il est nécessaire. Rester dans l'indécision des semaines et même des mois, mais à aucun prétexte ne laisser marcher l'enfant tant qu'on trouve des modifications fonctionnelles à l'examen de sa hanche. Enfin, un jour ou l'autre, le diagnostic s'éclairera, soit que la radiographie pratiquée systématiquement tous les mois, révèle un beau matin des lésions tuberculeuses certaines de l'articulation, ou que les symptômes s'aggravant brusquement, on assiste à l'évolution d'une coxalgie typique, soit que tous les signes de l'affection aient progressivement rétrocedé et que l'on constate l'intégrité de la hanche.

L'enfant, dans ce cas, a vraisemblablement été touché par une infection banale localisée à la hanche ; il peut être considéré comme guéri et rendu à ses jeux. Mais cette intégrité de l'articulation n'existe que lorsque tous les mouvements sont entièrement libres, que tous les muscles para-articulaires, surtout les fessiers, ont repris

leur tonus habituel (mis en évidence par le pincement) et que l'engorgement ganglionnaire a disparu en totalité ou à peu près. Tant que l'on ne retrouve pas tous ces signes, la hanche doit être considérée comme toujours sous le coup d'une inflammation indéterminée, et par conséquent doit être immobilisée et tenue en observation.

Des exemples de ces pseudo-coxalgies ont été fréquemment cités, et à chaque instant, dans les consultations d'enfants, il s'en montre de nouveaux. Tel enfant se présente avec une claudication plus ou moins ancienne et douloureuse. On constate sur lui tous les symptômes d'une coxalgie, légère il est vrai, mais paraissant évidente. On serait tenté de l'immobiliser immédiatement dans un plâtre. Mais la radiographie, ne montrant rien de pathologique, commande la prudence. De fait, après huit ou quinze jours de repos au lit, l'enfant revient complètement guéri, avec une hanche absolument saine et dans la suite plus rien ne réapparaît.

Mais à côté de ces cas heureux, il faut se méfier de ces fausses guérisons, qui ne sont que des améliorations fonctionnelles. Le malade ne boite plus, ses mouvements sont, semble-t-il, redevenus normaux, mais on a oublié d'interroger le tonus musculaire et l'adénopathie iliaque qui sont souvent les seuls signes constants et révélateurs de l'activité inflammatoire, si légère soit-elle, au niveau de l'articulation coxo-fémorale. On laisse remarcher l'enfant, lui promettant la guérison et quelque temps après on assiste à l'évolution d'une coxalgie tout à fait normale.

En résumé, dans tous ces cas de coxalgie fruste, après

avoir éliminé toutes les affections extra-articulaires qui peuvent la simuler, penser toujours à des affections banales de la hanche et s'efforcer de les dépister. Mais même, lorsque tout paraît s'être complètement apaisé, se méfier toujours du noyau tuberculeux qui sommeille et peut se réveiller subitement avec toute sa virulence : l'adénopathie iliaque et l'hypotonie musculaire sont toujours là pour le dénoncer.

TRAITEMENT

Malgré ses apparences bénignes, l'affection est grave, et comme toute tuberculose articulaire doit, aussitôt le diagnostic posé, être immédiatement traitée par l'immobilisation complète, permanente et prolongée.

Etant donnée l'absence d'attitude vicieuse, l'appareil plâtré ne sera rigoureusement appliqué que quand l'enfant ne sera pas assez raisonnable pour rester tranquille ou manquera de surveillance.

Dans les autres cas, la gouttière suffira. La durée de l'immobilisation ne sera le plus souvent pas inférieure à deux ou trois ans.

Pour les détails du traitement qui est celui de toute coxalgie normale, nous renvoyons aux auteurs qui ont traité la question (Broca, Kirmisson, Calvé, Ménard...).

CONCLUSIONS

L'étude de ces coxalgies (mal dénommées à cause de leur absence habituelle de douleur) évoluant ainsi de façon bénigne et fruste, avec le minimum de symptômes fonctionnels, sans attitude vicieuse, est intéressante sous plus d'un rapport :

1° Leur connaissance est indispensable, si l'on ne veut pas nier l'existence d'une coxalgie pourtant réelle ;

2° Leur diagnostic est souvent très long et très difficile à poser ;

3° Il y a souvent entre la bénignité des symptômes fonctionnels et l'état des lésions articulaires, une si grande disproportion que des malades, au système nerveux intact, peuvent continuer à marcher sans douleur notable, avec fonte tuberculeuse presque complète de leur tête fémorale ;

4° Leur traitement ne diffère en rien de celui des coxalgies normales.

Vu :

Le Président de la Thèse,
SEGOND.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

P^r Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Bonnet. *Maladies des articulations*, 1842.
- Broca (A.). *Clinique de chirurgie infantile*.
- Brizolier. *De l'étude radiographique de la coxalgie*. Thèse de Bordeaux, 1909.
- Calvé. *Presse médicale*, févr. 1909.
- *Revue de chirurgie*, juill. 1910.
- Clochard. *De la coxalgie chez l'adolescent*. Thèse de Paris, 1859.
- Calot. *Traitement de la coxalgie*.
- Duplay. *Semaine médicale*, mars 1895.
- Grenier. *Etude sur les affections qui peuvent simuler la coxalgie*. Thèse de Paris, 1884.
- Gibert, *Etude clinique de la coxalgie*, Thèse de Paris, 1859.
- Kirmisson. *Difformités acquises*.
- *Forme fruste de la coxalgie*. *Bull. médical*, mai 1904.
- *Bull. de l'Académie de méd.*, juill. 1910.
- Kœnig. *Die klinische Geschichte der coxilis tuberculose*. Berlin, 1902.
- Labbé. *De la coxalgie*. Thèse de Paris, 1859.
- Lannelongue. *Coxo-tuberculose. Leçons faites à la Faculté de médecine de Paris*.
- Le Dentu et Delbet. *Nouveau traité de chirurgie*.
- Ménard. *Etude sur la coxalgie*.
- Morucci. *Tuberculose ostéo-articulaire chez le vieillard*. Thèse de Montpellier, 1903.
- Ollier. *De la coxalgie*. *Congrès de chirurgie*, 1885.
- Sourdât. *Etude radiographique de la hanche coxalgique*. Thèse de Paris, 1909.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
Historique	13
Etude clinique	15
Evolution et Pronostic	23
Diagnostic	24
Traitement	35
CONCLUSIONS.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	39
